

TABLE DES MATIERES

PREFACE	
1. INTRODUCTION	
2. ETAT DES LIEUX DES MUTUELLES DE SANTE AU RWANDA	4
3. POLITIQUE DE DEVELOPPEMENT DES MUTUELLES DE SANTE	11
3.1. OBJECTIF GENERAL	11
3.2. OBJECTIFS SPECIFIQUES	11
3.3. ORIENTATIONS STRATEGIQUES.....	11
4. ORGANISATION ET GESTION DES MUTUELLES DE SANTE.....	12
4.1. CELLULE TECHNIQUE D'APPUI AUX MUTUELLES DE SANTE	12
4.2. PRIME DE COTISATION.....	15
4.3. SUBVENTION DES MUTUELLES DE SANTE	1
5. RENFORCEMENT DU CADRE JURIDIQUE ET REGLEMENTAIRE.....	16
6. RENFORCEMENT DU FINANCEMENT DES MUTUELLES DE SANTE.....	17
7. RENFORCEMENT DE CADRE DE PARTENARIATS LOCAUX	18
8. RENFORCEMENT DES CAPACITES NATIONALES.....	18
9. PLAN D'ACTION A COURT TERME	19
9.1. PROGRAMME DE DEPENSES A MOYEN TERME	19
ANNEXE 1 : ROLES DES ACTEURS LOCAUX DANS LE DEVELOPPEMENT DES MUTUELLES DE SANTE	21
ANNEXE 2 : ROLES DES PARTENAIRES DANS L'APPUI AUX MUTUELLES DE SANTE	22
ANNEXE 3 : STRUCTURE ORGANISATIONNELLE DES MUTUELLES DE SANTE	23
ANNEXE 4 : DETAILS DU BUDGET TRIENNAL (2005-2007) DU PROGRAMME DE DEVELOPPEMENT DES MUTUELLES DE SANTE	24

PREFACE

Un des problèmes majeurs du système de santé au Rwanda est de comment concilier, *dans un contexte de pauvreté*, l'objectif d'amélioration de l'accessibilité financière aux soins de santé et l'équité dans le système de santé d'une part, et la nécessité de mobiliser des ressources internes pour accroître la viabilité financière des services de santé d'autre part.

Les mécanismes alternatifs de financement communautaire basés sur le paiement anticipé et la mise en commun des risques, telles que les mutuelles de santé initiées au Rwanda depuis 1999, ont démontré leur potentiel considérable à concilier les deux objectifs.

C'est dans le cadre de capitaliser ce potentiel et surtout de répondre à la demande sociale croissante d'extension des mutuelles de santé que le Gouvernement du Rwanda a élaboré la présente politique nationale de développement des mutuelles de santé.

En effet, la mise en place des mutuelles de santé à travers tout le pays va garantir un accès équitable aux services de qualité à la population du Rwanda, et particulièrement les communautés rurales et celles du secteur informel. Et partant, les mutuelles de santé viennent en complément aux systèmes d'assurance sociale et privée.

Le présent document développe la vision ainsi que les orientations stratégiques qui sous tendent la politique nationale de développement des mutuelles de santé au Rwanda.

Dr Jean Damascène NTAWUKULIRYAYO

Ministre de la Santé

1. INTRODUCTION

Depuis la réintroduction du paiement direct au Rwanda en 1996, les données de routine du système d'information sanitaire (SIS), montrent que les ménages ont de plus en plus de difficultés à faire face aux coûts des soins de santé. En effet, les taux d'utilisation des services de santé modernes sont en moyenne de 0.28 nouveaux cas par habitant par an (soit la moitié des normes de l'OMS qui sont de 1 nouveau cas par habitant par an en milieu urbain, et de 0.5 à 0.6 nouveau cas par habitant par an en milieu rural dans les pays en voie de développement).

Parmi les raisons évoquées relatives à la non utilisation et le manque de satisfaction à l'égard des services de santé, les coûts des soins sont le plus fréquemment évoqués par la population. En effet, les barrières financières pour accéder aux soins résultent en différentes formes d'exclusion, dont l'exclusion totale ou l'indigence, l'exclusion saisonnière, l'exclusion temporaire et l'exclusion partielle. Les risques d'exclusion totale ou d'indigence sont plus élevés parmi la population extrêmement pauvre. Parmi les autres segments de la population vivant de revenus faibles et irréguliers, dont la majorité est la population rurale, les risques d'exclusion saisonnière, temporaire et partielle sont plus élevés.

Les options de politique pour faire face à la faiblesse de l'accessibilité financière aux soins de santé restent toutefois restreintes. Les mécanismes alternatifs de financement communautaire basés sur le paiement anticipé et la mise en commun des risques, telles que les mutuelles de santé, se sont révélés comme des options fortes pour concilier l'amélioration de l'accessibilité financière aux soins de santé et la nécessité de mobiliser les ressources internes afin d'accroître la viabilité financière des services de santé.

Les mutuelles de santé sont une des options non seulement qui permet à la population de se faire soigner à temps et en cas de besoin, mais aussi c'est une stratégie de lutte contre la pauvreté. La politique de développement des mutuelles de santé voudrait renforcer le potentiel social des mutuelles de santé afin que la majorité de la population du Rwanda puisse en bénéficier.

2. ETAT DES LIEUX DES MUTUELLES DE SANTE AU RWANDA

2.1. HISTORIQUE

Au Rwanda, c'est depuis les années 60s que des initiatives d'assurance maladie basée sur la communauté, à l'instar de l'association Muvandimwe de Kibungo (1966) et de l'association Umubano mubantu de Butare (1975) ont commencé à se constituer. Cependant, ces initiatives d'assurance maladie basées sur la communauté ne se sont davantage développées que depuis la réintroduction de la politique de paiement à l'acte en 1996.

Au cours des cinq dernières années, l'essor des initiatives d'assurance maladie basée sur la communauté, sous la forme moderne de mutuelle de santé, s'est beaucoup accéléré.

En effet, de six mutuelles de santé en 1998, le nombre de mutuelles de santé est passé à 76 en 2001 et à 226 mutuelles de santé en novembre 2004. La couverture géographique des mutuelles de santé s'est aussi étendue : alors qu'au départ en 1999, les mutuelles de santé s'étaient développées essentiellement dans quatre provinces du pays, elles se sont à présent depuis août 2004, déjà implantées dans la quasi-totalité des onze provinces du pays ainsi que dans la Mairie de la Ville de Kigali. Elles couvrent environ 2.101.034 personnes, soit 27% de la population du Rwanda.

Cette croissance considérable du nombre de mutuelles de santé et du nombre de bénéficiaires témoigne sans nul doute l'affirmation d'une dynamique communautaire dans la recherche de solutions aux problèmes d'accessibilité financière aux soins de santé et de protection contre les risques financiers associés à la maladie.

Le présent tableau montre le niveau de couverture en mutuelles de santé par province, une couverture qui a fortement augmenté au cours de l'année 2004.

Taux de couverture de la population par province

Provinces	Nombre de mutuelles de santé (par zone de rayonnement des centres de santé)	Population cible	Membres bénéficiaires	Taux d'adhésion
BUTARE	30	689.618	172.404	25%
BYUMBA	27	672.396	188.270	28 %
CYANGUGU	7	577.120	92.339	16%
GIKONGORO	3	465.242	41.871	9%
GISENYI	11	821.158	270.982	33%
GITARAMA	36	849847	382.431	45%
KIBUNGO	33	667.135	306.882	46 %
KIBUYE	5	445.565	71.300	16 %
KIGALI NGALI	37	749.863	202.463	27 %
KIGALI VILLE	18	572.896	120.308	21 %
UMUTARA	8	400.541	40.054	10 %
RUHENGERI	11	846.923	211.730	25 %
TOTAL	226	7722126	2.101.034	27%

2.2. LES CARACTERISTIQUES FONDAMENTALES

Les mutuelles de santé au Rwanda sont des organisations autonomes, administrées librement par leurs membres dans le respect des principes de démocratie et de liberté. En effet, les membres adoptent en assemblée générale les statuts et le règlement d'ordre intérieur définissant la structure organisationnelle, les rôles et les fonctions des différents organes de gestion, élisent les membres des organes de gestion, et définissent les tâches des membres des organes de gestion.

Les mutuelles de santé déterminent leurs paquets de bénéfices, les primes et la périodicité des cotisations ; elles établissent des conventions de soins et services de santé avec les prestataires et les remboursent selon les termes du contrat. Par ailleurs, les mutuelles de santé sensibilisent la population et assurent le recrutement ainsi que la fidélisation des membres, et collectent les contributions.

Les mutuelles de santé assurent la gestion quotidienne des ressources ainsi collectées et maintiennent la transparence et la traçabilité des différentes opérations bancaires et de caisse.

2.2.1. L'ORGANISATION ACTUELLE DES MUTUELLES DE SANTE

La structure organisationnelle des mutuelles de santé s'est adaptée à celle du cadre institutionnel mise en place par les réformes de la décentralisation. En effet, des comités mutualistes existent à partir de la Cellule, du Secteur et du District. La représentativité dans tous ces organes mutualistes est démocratique, volontaire et s'acquiert à travers les élections.

Au niveau de la cellule le comité de la mutuelle de santé est composé de 4 membres adhérents. Il s'agit : d'un président, d'un vice président, d'un secrétaire trésorier et d'un commissaire au compte. Les autorités de base, dont le coordinateur de la cellule, le chargé de l'information, l'élue chargée des femmes et l'élue chargé de la jeunesse, jouent un rôle d'appui et de conseil aux membres élus du comité de la mutuelle au niveau de la cellule. Les tâches du comité au niveau de la cellule comprennent : la sensibilisation à l'adhésion et à la ré-adhésion, la conscientisation sur le principe de solidarité, l'identification des associations, l'identification des indigents, la convocation des réunions de l'assemblée générale, le recensement des adhérents et non adhérents, la rédaction des rapports et la collecte des cotisations.

Au niveau du secteur, le comité de la mutuelle de santé est composé par tous les présidents des mutuelles de santé du niveau cellule, les responsables des cellules ainsi que les chargés des affaires sociales. Leurs tâches comprennent : la sensibilisation, le suivi et l'évaluation des comités mutualistes des cellules, la collaboration avec le trésorier du comité de la mutuelle au niveau de la zone de rayonnement du centre de santé partenaire.

Au niveau du centre de santé partenaire, existe un comité de gestion de la mutuelle de santé composé d'un président, d'un vice président, d'un secrétaire trésorier et d'un commissaire au compte qui sont tous élus. Il s'y ajoute le président du comité de santé et le titulaire en qualité des conseillers. Les tâches du comité comprennent: la collecte des cotisations, la gestion des cotisations, la rédaction des rapports, l'organisation des assemblées générales. Le secrétaire comptable est payé par la mutuelle de santé et assure de façon permanente la gestion quotidienne administrative et financière de la mutuelle de santé.

Au niveau du District, il existe un comité dont la composition est la suivante : le Maire, le point focal des mutuelles de santé, les titulaires des centres de santé, les vices maires des affaires sociales, les présidents des mutuelles de santé des zones de rayonnements des centres de santé, et les représentants de la société civile.

Au niveau du district sanitaire, il existe une fédération des mutuelles de santé dont le rôle est d'apporter l'assistance technique aux différentes mutuelles de santé de Districts et de gérer les relations contractuelles avec les hôpitaux de district.

2.2.2. LA POLITIQUE D'ADHESION

Les mutuelles de santé au Rwanda utilisent pour la plupart une politique d'adhésion familiale ; et même lorsque la prime de cotisation est individuelle, le ménage doit néanmoins faire adhérer tous ses membres. Quant à la prime de cotisation, il y a une très grande disparité dans l'état actuel de fonctionnement des mutuelles de santé. En effet, la cotisation familiale par ménage de 2 à 7 membres varie de 2500 Frw (Kabutare), 3500 Frw (Byumba) ou 5000 Frw (Gitarama) à 11500 Frw (Kigali Ville). Pour les mutuelles de santé qui utilisent une politique d'adhésion individuelle (par tête), elle varie de 600 Frw (Kigali Ngali) à 1000 Frw (Kibungo).

Le ticket modérateur, soit la contribution du membre mutualiste au moment de l'utilisation des services de santé, varie aussi entre 100 Frw et 150 Frw par épisode de maladie ou entre 5% et 25% de copaiement du coût réel des soins.

Quant aux soins de santé et services couverts par les mutuelles de santé, ils comprennent tous les services et médicaments offerts au niveau du centre de santé (paquet minimum d'activités « PMA »)¹, mais aussi un nombre limité de services au niveau de l'hôpital (paquet complémentaire d'activités « PCA »²).

2.2.3. LA COUVERTURE DES INDIGENTS ET PERSONNES VULNERABLES

¹ PMA : Paquet Minimum d'Activités : les soins offerts au niveau des centres de santé : Consultation prénatale, consultation postnatale, vaccination, planification familiale, service nutritionnel, consultations curatives, soins infirmiers, hospitalisation, accouchements simples, médicaments essentiels et génériques, analyses de laboratoire, interventions chirurgicales mineures, information, éducation et communication en matière de santé, transport du malade à l'hôpital du district.

² PCA : Paquet Complémentaire d'Activités : les soins offerts dans les hôpitaux de districts : Consultation par un médecin, Hospitalisation en salle, Accouchements eutociques et dystociques, Césarienne, chirurgie mineure et majeure, Le paludisme grave référé, toutes les maladies de l'enfance de 0 à 5 ans, les imageries médicales, laboratoire etc.

Les expériences pilotes de Byumba, Kabgayi et Kabutare ont démontré que certains groupes de la population continueront à faire face à des contraintes financières pour accéder aux soins, même avec la mise en place des mutuelles de santé. Ces groupes risquent d'être exclus des soins de santé par suite de leur incapacité de payer les contributions annuelles aux mutuelles de santé, ou simplement à la suite de stigmas associés à leur profil de risques.

Certaines initiatives locales des Districts et d'Organisations Non-Gouvernementales (ONG) mettent à profit la mise en place des mutuelles de santé pour véhiculer les subsides publiques et les subventions des bailleurs afin d'aider les groupes vulnérables et les indigents à adhérer aux mutuelles de santé.

2.2.4. LES DEFIS MAJEURS

Les mutuelles de santé au Rwanda font face dans leur développement à un certain nombre de défis d'ordre organisationnel, technique et opérationnel.

Au niveau organisationnel :

- Le caractère volontaire d'adhésion aux mutuelles de santé est à la base du faible taux d'adhésion de la population dans les mutuelles de santé. En définitive, seules les personnes fréquemment malades adhèrent aux mutuelles de santé, entraînant ainsi une sélection adverse qui handicape la viabilité financière des mutuelles de santé.
- Les soins et services couverts par les mutuelles de santé sont inclusifs seulement au niveau des centres de santé tandis que les soins et services au niveau des hôpitaux sont partiels et souvent ne couvrent pas les gros risques, telle que la chirurgie.
- Les primes de cotisation sont déterminées, non pas en fonction du coût réel des soins, mais plutôt en fonction de la capacité contributive de la population.
- L'absence d'un cadre légal spécifique aux mutuelles de santé garantissant leur personnalité morale et juridique, leur indépendance et leur autonomie.

Au niveau technique et opérationnel:

- La sur-utilisation des services par les adhérents qui recourent aux services de santé de façon intempestive.
- Le non recouvrement des coûts des soins par les formations sanitaires partenaires, à cause d'une part de la faiblesse des cotisations et du nombre insuffisant des membres adhérents, et d'autre part à cause du faible partage de risque entre les personnes malades et les personnes saines.
- La prescription abusive des médicaments par certaines formations sanitaires.
- La qualité des soins défectueuse dans certaines formations sanitaires.
- La surfacturation des mutuelles de santé par certaines formations sanitaires.
- Les faibles capacités de gestion des comités des mutuelles de santé.
- Le caractère bénévole des membres des comités des mutuelles de santé.
- L'absence de subventions aux mutuelles de santé de façon générale et en particulier pour la prise en charge des soins au niveau des hôpitaux.

2.2.5. LES OPPORTUNITES

Le développement des mutuelles de santé bénéficie d'un environnement institutionnel favorable. En effet, ce développement s'inscrit dans le cadre de la vision 2020 du Gouvernement, conformément à la politique sectorielle de la santé et du cadre de stratégies de réduction de la pauvreté (PRSP). Par ailleurs, la politique sectorielle de la santé reconnaît l'engagement des leaders politiques, dans la mobilisation de la population à lutter contre la maladie et à adhérer au système d'assurance maladie, comme un atout majeur pouvant contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population.

Par ailleurs, le développement rapide des mutuelles de santé a bénéficié des éléments moteurs ci-après:

- La phase pilote des mutuelles de santé initiée par le Gouvernement en 1999, à travers la mise en place des systèmes de prépaiement des soins de santé dans les districts sanitaires de Byumba, Kabgayi et Kabutare, a servi en effet de plateforme au renforcement et à l'extension des mutuelles de santé au Rwanda.
- Depuis lors, un processus cumulatif d'apprentissage s'est enclenché à travers tout le pays, soutenu par des ateliers de formation, des fora d'échanges d'expériences et d'évaluation, ainsi que des voyages d'études inter et intra provinciaux.
- La diversité des expériences locales à partir desquelles des stratégies délibérées de promotion des mutuelles de santé sont élaborées.
- Le renforcement des capacités institutionnelles de mise en place et de suivi des mutuelles de santé, à travers :
 - (i) L'élaboration du manuel de formateurs sur la mise en place, la gestion et le suivi des mutuelles de santé
 - (ii) L'élaboration des modules de sensibilisation, dépliants et autres matériels didactiques
 - (iii) La confection des outils de gestion standard des mutuelles de santé
 - (iv) La formation d'un noyau de formateurs nationaux sur les mutuelles de santé
- Emergence de stratégies innovantes de renforcement des mutuelles de santé existantes et d'implantation de nouvelles mutuelles de santé, telle que l'implication des autorités locales dans la mobilisation et la sensibilisation de la population.

En effet, les expériences du District de Bungwe témoignent à suffisance de rôle fondamental qu'ont joué les autorités du District dans le renforcement des mutuelles de santé de Bungwe, Manyagiro et Kivuye. (Voir encadré en annexe1).

L'émergence de stratégies innovantes de renforcement des mutuelles de santé existantes et d'implantation de nouvelles mutuelles de santé s'observe aussi à travers le développement de partenariats locaux, non seulement avec les institutions financières décentralisées - dont les banques populaires- pour renforcer les capacités financières de la population à adhérer aux mutuelles de santé, mais aussi avec les organisations de la société civile et des ONGs pour la couverture des indigents et d'autres personnes vulnérables (voir encadré en annexe 2)

3. POLITIQUE DE DEVELOPPEMENT DES MUTUELLES DE SANTE

L'état actuel d'extension et de globalisation des mutuelles de santé au Rwanda nécessite une mise en place d'une politique d'appui à leur développement.

3.1. OBJECTIF GENERAL

L'objectif général de la politique est d'appuyer les communautés de base et les districts dans la mise en place de systèmes d'assurance maladie qui vont promouvoir l'amélioration de l'accessibilité financière aux soins de santé, la protection des ménages contre les risques financiers associés à la maladie et le renforcement de l'inclusion sociale dans la santé.

En complément des systèmes d'assurance sociale, telle que la Rwandaise d'Assurance Maladie (RAMA) et des systèmes d'assurance privée qui ciblent les segments des populations du secteur formel de l'économie, le programme de développement des mutuelles de santé sera ciblé sur les communautés rurales et du secteur informel pour leur garantir un accès équitable aux services de santé de qualité.

3.2. OBJECTIFS SPECIFIQUES

La politique vise les objectifs spécifiques suivants :

- Mettre en place un environnement favorable au développement des mutuelles de santé au Rwanda.
- Renforcer les capacités de mise en place et de gestion des mutuelles de santé.
- Renforcer l'adhésion de la population dans les mutuelles de santé.

3.3. ORIENTATIONS STRATEGIQUES

Cinq axes d'intervention vont renforcer le processus d'implantation, d'extension et du suivi des mutuelles de santé dans le pays. Il s'agit notamment de :

- La mise en place d'une cellule technique, chargée de la gestion quotidienne et du suivi des mutuelles de santé.
- Le renforcement du cadre juridique et réglementaire des mutuelles de santé.
- Le renforcement des mécanismes de financement des mutuelles de santé.
- Le renforcement des cadres de partenariats avec les mutuelles de santé.
- Le renforcement des capacités nationales et provinciales en matière de mutualité.

4. ORGANISATION ET GESTION DES MUTUELLES DE SANTE

4.1. CELLULE TECHNIQUE D'APPUI AUX MUTUELLES DE SANTE

La cellule technique d'appui aux mutuelles de santé aura un conseil dont les membres proviendraient des institutions ci-après: un représentant du Ministère de la Santé, un représentant du Ministère de l'Administration Locale, du Développement Communautaire et des Affaires Sociales, un représentant du Ministère des Finances et de la Planification Economique, (Service chargé de la lutte contre la pauvreté), un représentant de l'Union des Banques Populaires, un représentant des Préfets, un représentant des Maires des Districts, des villes et des Municipalités, un représentant de la Mairie de la Ville de Kigali, un représentant du BUFMAR, un représentant de la RAMA .

Le rôle de la cellule technique est d'apporter un appui au développement des mutuelles de santé en contribuant à l'élaboration des stratégies, la formulation de politique, le suivi et l'évaluation des mutuelles de santé. En effet, outre l'élaboration du cadre juridique et réglementaire des mutuelles de santé, la cellule technique est responsable du développement, de la mise à jour et de la dissémination des systèmes d'outils (gestion, suivi, formation). Elle assure la réalisation des études, des activités de recherche-action, la dissémination des résultats, ainsi que l'identification, la documentation, et la diffusion des meilleures pratiques. Enfin, elle est également responsable de la formation et la sensibilisation des acteurs des provinces et des Districts.

La cellule technique sera composée de 4 personnes dont un expert de santé publique, un expert en économie de la santé, un juriste et un expert en suivi et évaluation.

La cellule technique travaillera avec les structures mutualistes communautaires, les Districts et les provinces dans la mise en exécution du programme.

4.1.1. Rôles des Provinces

Le rôle des provinces est d'apporter des appuis techniques aux Districts dans la mise en place, le suivi des mutuelles de santé et la coordination des activités du programme au niveau provincial. Dans ce cadre, la province appuie les Districts dans la définition des priorités, la programmation et la détermination des sources de financement. Elle coordonne les activités de formation et d'appui conseil. Elle fournit des appuis aux fédérations provinciales de mutuelles de santé. Elle facilite le partage d'information et de meilleures pratiques ainsi que le développement de partenariats entre les mutuelles de santé et les programmes de prévention et de promotion sanitaire dans la province. En collaboration avec les Districts et les organisations non gouvernementales, elle apporte des appuis nécessaires pour supporter la prise en charge des indigents.

La province assure ses rôles à travers un agent chargé spécifiquement des mutuelles de santé dont les tâches sont les suivantes :

- Coordonner et organiser la sensibilisation sur les mutuelles de santé dans la province ;
- Coordonner et organiser la formation sur les mutuelles de santé dans la province
- Coordonner et organiser la supervision des mutuelles de santé dans la province ;
- Coordonner et organiser les audits des mutuelles de santé ;
- Organiser les mutuelles de santé en fédération ;
- Coordonner le développement des plans d'action des mutuelles de santé ;
- Développer une banque de données sur les mutuelles de santé de la province ;
- Faire une évaluation des mutuelles de santé de la province ;
- Coordonner et organiser des voyages d'échanges d'expériences inter mutuelles ;
- Analyser et faire des recommandations sur les rapports du fonctionnement des mutuelles de santé de la province.

4.1.2. Rôles des Districts/illes et Municipalités

Le District est responsable de la facilitation du développement des mutuelles de santé dans tout le district. Il appuie l'initiation des mutuelles de santé, les activités de sensibilisation, l'implantation et le suivi des mutuelles de santé. Il appuie la formation de structures fédératives de mutuelles de santé dans le District et le développement de partenariats entre les mutuelles de santé, les banques populaires et les associations, et l'implication des mutuelles de santé dans les programmes prioritaires de santé. En collaboration avec les provinces et les organisations non gouvernementales, il appuie la prise en charge des indigents. Le District assure la réglementation des mutuelles de santé au niveau local, y compris les audits. Il joue un rôle d'arbitre des relations contractuelles entre les mutuelles de santé et les prestataires de soins de santé au sein du District.

Au niveau des Districts, villes et municipalités, c'est le vice maire des affaires sociales qui sera en charge de l'appui et du suivi des mutuelles de santé. Ses tâches principales sont :

- Coordonner et organiser la sensibilisation et les formations sur les mutuelles;
- Coordonner et organiser les supervisions des mutuelles de santé ;
- Coordonner et organiser les audits des mutuelles de santé ;
- Organiser les mutuelles de santé en fédération ;
- Appuyer les développements des plans d'action des mutuelles de santé ;
- Développer une banque de données sur les mutuelles;

- Faire une évaluation des mutuelles de santé;
- Coordonner et organiser des voyages d'échanges d'expériences inter mutuelles ;
- Analyser et faire des recommandations sur les rapports du fonctionnement des mutuelles.

4.1.3. Rôles des structures mutualistes communautaires

Les mutuelles de santé, en tant que structures communautaires, sont caractérisées par une participation démocratique et volontaire des membres dans les organes représentatifs et la gestion quotidienne. Ces organes se retrouvent à cinq niveaux principaux (voir annexe 3):

4.1.3.1 Comité de la mutuelle de santé au niveau des cellules et des secteurs

Au niveau des cellules et des secteurs, il existe des comités d'initiative mutualiste (CIM) dont les membres sont élus par la population ayant adhéré à la mutuelle de santé. Le comité d'initiative mutualiste s'occupe notamment de :

- Faire la sensibilisation de la population et de recruter les nouveaux membres ;
- Valider le nombre de dépendants des membres adhérents ;
- Participer à la collecte et au recouvrement des cotisations.

4.1.3.2. Comité de gestion de la mutuelle de santé au niveau du centre de santé

La mutuelle de santé au niveau du centre de santé est gérée par un comité de gestion dont les membres sont élus par les délégués des comités d'initiative mutualiste (CIM). En plus des activités administratives et financières, le comité de gestion s'occupe :

- De la sensibilisation de la population à adhérer aux mutuelles de santé
- De la supervision des comités d'initiative mutualiste des cellules et secteurs
- Du contrôle des coûts des prestations des soins
- De la validation des cartes des membres
- De la concertation avec les partenaires

4.1.3. 3. Union des mutuelles au niveau des Districts, des Villes et des Municipalités.

Les différentes mutuelles de santé au niveau des centres de santé d'un District donné se regroupent en une union des mutuelles de santé pour la coordination de la sensibilisation et pour un meilleur suivi au niveau du District, Ville et Municipalité. Le budget de fonctionnement proviendrait d'un côté des districts, des villes et des municipalités et de l'autre côté des mutuelles de santé à raison de 2.5 % du montant total des primes de cotisation annuelle.

4.1.3. 4. Fédération des mutuelles de santé au niveau des provinces et de la Mairie de la Ville de Kigali.

Les différentes unions de mutuelles de santé de différents Districts d'une province donnée se regroupent en une fédération provinciale.

Le rôle de la fédération est d'apporter une assistance technique aux différentes unions de mutuelles de santé et de gérer les relations contractuelles avec les hôpitaux de district. Le budget de la fédération provient des contributions des mutuelles des centres de santé à raison de 2.5 % du montant total des primes de cotisation annuelle, du budget de la province, des intervenants.

4.1.3. 5. Confédération nationale des mutuelles de santé.

Les fédérations provinciales des mutuelles de santé forment une confédération au niveau national. Il s'agit d'un forum d'échanges d'expériences et de formation de consensus au niveau des politiques des mutuelles de santé. Le budget de fonctionnement proviendrait des subventions publiques et des intervenants. La confédération nationale devrait aussi jouer, avant la mise en place d'un mécanisme de réassurance qui ne peut se faire qu'au fil de temps, un rôle technique d'égalisation de risque maladie au niveau national. Pour cela une contribution de 5% du montant total des contributions perçues par les mutuelles de santé de toutes les zones de rayonnement ou de Districts sera mise dans une caisse « fonds de réserve ou fonds d'égalisation du risque maladie » et sera utilisée pour venir en aide aux mutuelles de santé en difficultés financières pour des raisons fondées et justifiées.

4.2. PRIME DE COTISATION

Les statistiques du Système National d'Information Sanitaire (SIS) en 2003 montrent que le coût moyen par nouveau cas de maladie au niveau du centre de santé est de 1.188 Frw par an. Sur les 8.128.553 d'habitants que compte le Rwanda, la population cible des mutuelles de santé est estimée à 7.722.126 habitants (la population du secteur formel exclue, estimée à 5% de la population totale). Par ailleurs la norme nationale d'utilisation des services modernes de santé est de 75%. Ainsi donc, le nombre de personnes attendues par an dans les centres de santé avoisinerait 5.791.594 habitants. Le montant requis pour pourvoir aux soins et services de santé de tous ces habitants serait de $(5.791.594 * 1188 \text{ Frw})$ 6.880.413.672 Frw.

Partant de ces chiffres, la prime de la cotisation annuelle de la mutuelle de santé par habitant au niveau du centre de santé serait de 891 Frw, arrondi à 1000 Frw.

Au niveau des hôpitaux, le coût de séjour moyen d'hospitalisation pour 8 jours était de 9017 Frw en 2003. Dès lors que le taux escompté de risque d'hospitalisation par le Ministère de la Santé est de 9%, le nombre de personnes attendues au niveau des hôpitaux serait de $(7.722.126 * 9\%)$ 694.991 personnes. Le coût correspondant pour les soigner s'élèverait à $(694.991 * 9017 \text{ Frw})$ 6.266.733.847 Frw.

Au niveau de l'hôpital, la prime de cotisation par personne devrait être de (6.266.733.847Frw/7.722.126 personnes) 811 Frw, arrondi à 1.000 Frw.

Ainsi donc, la prime de cotisation annuelle par habitant incluant les soins primaires des centres de santé (PMA) et les soins du niveau secondaire des hôpitaux (PCA) devrait être de 2.000 Frw.

4.3. SUBVENTION DES MUTUELLES DE SANTE

Dans le cadre d'appuyer le processus de développement des mutuelles de santé et en vue de leur garantir un fonctionnement harmonieux, mais aussi dans le souci de garantir à la majorité de la population du Rwanda un recours aux soins modernes de façon durable et continue, le Gouvernement du Rwanda devrait - étant donné les faibles capacités contributives de la population du Rwanda (60% de la population du Rwanda vit en dessous du seuil de la pauvreté et le PIB est de 280 USD par habitant (PRSP, 2002)-suppléer la cotisation requise par habitant pour avoir accès à un paquet plus inclusif des centres de santé et des hôpitaux. D'après le taux actuel de risque d'hospitalisation, cette subvention serait de (1.000 Frw*694991) 694.991.000 Frw pour aider la population mutualiste à avoir accès au paquet inclusif des soins tant au niveau des centres de santé que de l'hôpital. En effet, vu les faibles capacités financières de la population, celle-ci n'est capable que de payer la prime de cotisation de base de 1.000 Frw au niveau des centres de santé.

5. RENFORCEMENT DU CADRE JURIDIQUE ET REGLEMENTAIRE

La codification de la mutualité au Rwanda remonte de l'époque coloniale à travers le Décret du 15 avril 1958 portant sur les associations mutualistes. L'avantage de ce cadre juridique est d'exister. Cependant, cet outil juridique présente des inconvénients parmi lesquels l'on pourrait citer le manque de spécificité par rapport aux mutuelles de santé, l'inadaptation des dispositions réglementaires, le manque d'anticipation de la dynamique fédérative de la mutualité, et l'absence de conditions requises pour la mise en place de schémas mutualistes. Enfin, le décret du 15 avril 1958 est trop général et couvre des associations mutualistes aussi diverses que les associations de maladie, les associations d'accidents, les associations des handicapés, les associations de décès, les associations de sécurité sociale, les associations d'éducation, et autres associations.

Le plan d'action envisagé est de revoir la législation existante et de la rendre plus spécifique aux systèmes d'assurance maladie et aux mutuelles de santé, par l'adoption d'une loi, ou d'un arrêté présidentiel, qui seraient complétés par des arrêtés ministériels de mise en application.

Le nouveau dispositif devrait élaborer l'organisation des mutuelles de santé, les conditions d'adhésion, les organes administratifs et exécutifs, les moyens et mécanismes de contrôle et de garantie de la transparence, les conditions d'agrément et les avantages fiscaux. Enfin, le cadre juridique et réglementaire devrait anticiper sur la création de fédérations et de confédérations mutualistes pour faciliter la mise en place de structures propres d'auto encadrement dans le cadre du mouvement mutualiste dans le pays.

Dans cette perspective, les activités suivantes seront menées :

- Organiser des rencontres consultatives avec les parties prenantes des schémas couverts par le décret de 1958 et autres textes existants,
- Mettre en place un comité technique portant sur la révision du cadre juridique,
- Organiser des rencontres consultatives avec les mutuelles de santé existantes,
- Elaborer les projets de textes juridiques et réglementaires,
- Former les parties prenantes sur le dispositif juridique et réglementaire adopté,
- Appuyer les promoteurs des mutuelles de santé dans l'élaboration des statuts des mutuelles de santé et des règlements d'ordre intérieur.

6. RENFORCEMENT DU FINANCEMENT DES MUTUELLES DE SANTE

La source principale de financement des mutuelles de santé provient principalement des cotisations des membres. En effet, la population est capable de financer la prise en charge des services et soins de santé de base offerts au niveau des centres de santé, en raison de 1000 Frw par habitant et par an. Les prévisions faites ci-haut ont démontré qu'annuellement, avec une mobilisation soutenue, la population pourrait mobiliser pour la santé -dans le cadre des mutuelles de santé- 6.117.700.800 Frw à l'horizon 2007.

Pour faciliter la mobilisation des cotisations et renforcer les capacités contributives de la population, une nouvelle stratégie d'octroi des « fonds de crédits mutuelles de santé » par les banques populaires a été promue et s'avère performante dans la facilitation d'adhésion et l'augmentation du nombre de membres adhérents aux mutuelles de santé.

Cependant, il se pose un problème au niveau de l'accès aux soins du niveau secondaire. En effet, dans l'état actuel des capacités contributives de la population du Rwanda, il s'avère indispensable que le second niveau de recours aux soins soit subventionné par des mécanismes de solidarité nationale et par des sources extérieures provenant soit des bailleurs ou coopérations internationales appuyant le domaine de la santé au Rwanda.

En ce qui concerne les sources potentielles du cofinancement des cotisations au niveau des soins des hôpitaux de districts, un mécanisme de solidarité nationale entre le secteur salarié public et privé formel et le monde rural devrait être mis en place. Le fonds des rescapés du génocide (FARG) recouvre approximativement 348.000.000 frw par an . De ce fait, 2% devrait être prélevé chaque mois sur le salaire de chaque employé du secteur public et privé. Ce qui donnera 696.000.000frw/par an, approximativement une somme dont on a besoin pour la subvention des mutuelles de santé.

Toute fois, considérant que les travailleurs ont déjà d'autres contributions (Caisse Sociale, RAMA, FARG ...), considérant que le recouvrement du FARG n'est pas total surtout au niveau des projets de développement et qu'il y a possibilité d'intervention sur cette dimension par les intervenants, la solidarité des salariés avec la population rurale doit être de 1% de prélèvement chaque mois sur les salaires bruts des travailleurs.

7. RENFORCEMENT DE CADRE DE PARTENARIATS LOCAUX

En se basant sur les principes de coordination intersectorielle et de proximité qui sous-tendent le programme, les activités autour de cet axe d'intervention facilitent les partenariats entre les mutuelles de santé existantes, et les partenariats entre les mutuelles de santé et les organisations de prestation des soins, les organisations à base communautaire, les banques populaires et les schémas de micro crédit au niveau local.

En effet, la mise en réseau des structures mutualistes et leurs fédérations permettra une meilleure répartition du risque maladie sur une population plus large. Le renforcement du partenariat entre les mutuelles de santé et les organisations de prestation des soins permettra d'améliorer les aspects relatifs à la qualité des soins à donner aux membres mutualistes, à l'utilisation rationnelle des soins, à la tarification et à la facturation des services et soins de santé, autant d'éléments vitaux à la durabilité des expériences mutualistes. Enfin, l'approfondissement et le suivi du partenariat avec les institutions de financement décentralisées comme la Banque Populaire permettra de renforcer la durabilité de ce partenariat, en évitant un cumul d'impayés dans le remboursement de crédits octroyés en préfinancement des cotisations, mais aussi en institutionnalisant cette approche qui facilite tant la population à adhérer aux mutuelles de santé.

8. RENFORCEMENT DES CAPACITES NATIONALES

Le processus d'apprentissage de la mutualité enclenché dans le pays sera accéléré et approfondi pour permettre l'accumulation d'une large base d'informations pour atteindre un consensus sur des mesures de politique, la prise de décision et l'évaluation dans le cadre du développement des mutuelles de santé. La base des ressources humaines sera élargie pour renforcer les capacités de mise en œuvre, de gestion et de suivi des mutuelles de santé.

9. PLAN D'ACTION A COURT TERME

Au cours des trois prochaines années, l'accent sera mis sur quatre axes d'actions prioritaires : (i) le développement des mutuelles de santé, (ii) la mise en place des cadres juridique et institutionnel, (iii) le renforcement des capacités de financement et (iv) la production et la dissémination d'informations pour appuyer la capitalisation des expériences et l'approfondissement de la mutualité.

Il s'agira à travers le développement des mutuelles de santé d'appuyer le renforcement des mutuelles de santé existantes et l'extension des mutuelles de santé dans les districts et les provinces.

Un noyau de formateurs chargé de la mise en place, la gestion et le suivi des mutuelles de santé sera mis en place au niveau de chaque province, afin d'appuyer les activités de formation et d'appui conseil de proximité des Districts et des mutuelles de santé. Ces activités seront aussi renforcées par des voyages d'études inter et intra provinciaux.

Un système d'information et de suivi des mutuelles de santé sera développé dès la première année. Il sera complété par la documentation des meilleures pratiques portant sur la prise en charge des indigents, les partenariats « mutuelles de santé-associations-schémas de micro crédit », et l'implication des mutuelles de santé dans les interventions de lutte contre les maladies. Des études seront réalisées pour appuyer la conception et le renforcement des mutuelles de santé, le cofinancement de l'extension des paquets des bénéficiaires par l'Etat et les ménages. Cette base d'informations sera utilisée dans les échanges d'expériences, l'organisation du premier forum national sur la mutualité et l'orientation des activités d'approfondissement de la mutualité à long terme.

Les plans d'action annuels des Districts, des provinces et du niveau central, intégrant les quatre domaines prioritaires, seront préparés au cours des trois prochaines années. L'identification des priorités spécifiques sera faite et l'organe exécutif assurera l'articulation du processus de planification et de coordination, en conformité avec l'élaboration du cadre de dépenses à moyen terme du secteur de la santé.

9.1. Programme de dépenses à moyen terme

La programmation des dépenses à moyen terme a mis l'accent sur la prévision des ressources nécessaires pour permettre la mise en place des mutuelles de santé sur l'ensemble des Districts du pays, la formation des acteurs locaux sur la mise en place des mutuelles de santé, la dotation des mutuelles de santé en outils de gestion, la formation des membres des organes de gestion des mutuelles de santé en gestion et suivi des mutuelles de santé, et les activités d'appui conseil.

Les activités devant permettre le renforcement et l'extension des mutuelles de santé au niveau local, sont appuyées en amont par l'implantation et la dotation en ressources humaines et matérielles du programme aux niveaux national et provincial.

En effet, ce programme triennal (2005-2007) permettra d'accompagner le développement et l'implantation des mutuelles de santé à travers tout le pays pour le bénéfice de la majorité de la population du Rwanda. Il va s'en dire qu'au terme de ces trois années, non seulement les mutuelles de santé auront augmenté les sources propres de financement à travers l'adhésion massive de la population (60 à 80%), mais aussi les contributions pourraient être éventuellement revues à la hausse pour une auto prise en charge partielle et graduelle des soins de second niveau, étant donné l'amélioration des conditions de vie de la population suite à l'implantation du PRSP.

Les prévisions de dépenses à moyen terme pour appuyer le renforcement et l'extension des mutuelles de santé sur l'ensemble des 106 villes et districts du pays sont résumées dans le tableau suivant.

Tableau1 : Programme de Dépenses à Moyen Terme 2005-2007 en Francs Rwandais

ITEM	Sourcde Financement	2005	%	2006	%	2007	%
Fonctionnement cellule d'appui et antennes provinciales	Budget ordinaire	133.220.000	3%	78.065.200	1%	80.668.756	1%
Achats outils de gestion	Budget ordinaire+ Projets	164, 318,000	3%	123, 238,500	2%	82, 159,000	1%
Appui au fonctionnement Formation, supervision, sensibilisation, Documentation Echange d'expériences	Projets	159, 432,000	3%	152, 297,800	2%	78, 189,574	1%
Contributions de la population	Membres adhérents	3.861.063.000	77%	5.405.488.200	84%	6.117.700.800	87%
Subvention des mutuelles de santé pour l'accès aux soins des hôpitaux	Solidarité nationale secteur formel et monde rural + projets	694.991.000	14%	694.991.000	11%	694.991.000	10%
TOTAL		5, 013, 012,012		6,454, 064,716		7, 053, 091,148	

La contribution financière de la population a été estimée sur base d'une adhésion de 50% de la population en 2005, 70% en 2006 et 80% en 2007.

ANNEXE 1 : Rôles des acteurs locaux dans le développement des mutuelles de santé

District de Bungwe/Province de Byumba

Trois mutuelles de santé ont été implantées dans le District de Bungwe dans le cadre de la mise en place des expériences pilotes en 1999 : les mutuelles de santé de Bungwe, de Kivuye et de Manyagi. A la fin de la première année pilote (juin 2000), la mutuelle de santé de Bungwe comptait un pool de membres de 8.710 membres; les mutuelles de santé de Kivuye et de Manyagiro comptaient respectivement 1.160 membres et 2.360 membres. A l'instar des mutuelles de santé du district sanitaire de Byumba, les trois mutuelles de santé ont connu une déperdition importante de leurs membres et une faible adhésion au cours du second semestre de 2000 et du premier semestre de 2001.

Ces tendances n'étaient pas uniques aux mutuelles du District de Bungwe ; elles étaient observées aussi dans plusieurs mutuelles de santé du district sanitaire. Elles ont motivé l'initiation d'enquêtes par le district sanitaire de Byumba pour une meilleure compréhension des facteurs associés à la baisse de la participation. Plusieurs problèmes ont été identifiés parmi les facteurs qui contribuent à la déperdition des membres et la baisse de l'adhésion, dont : la qualité limitée des services de santé, la perception de parachutage de la mise en place des mutuelles de santé, la faible appropriation par les autorités administratives qui ont perçu les mutuelles de santé comme un autre programme uniquement médical et sanitaire, l'appauvrissement de la population et les difficultés de collecte des cotisations. Pour faire face à ces problèmes, plusieurs stratégies ont été élaborées, dont l'initiative du District de Bungwe sous le leadership du maire du District.

L'initiative a créé des passerelles institutionnelles entre les mutuelles de santé, la banque populaire et les associations constituées dont le Maire du District de Bungwe s'est porté lui-même garant et assure le suivi. Les ménages des cellules et des secteurs sont motivés à se constituer en associations reconnues par le District de Bungwe; un contrat est établi entre les associations reconnues et la banque populaire du District de Bungwe pour financer la cotisation des membres de chaque association dans les mutuelles de santé permettant ainsi aux membres des associations d'adhérer en groupe, de jouir de la couverture de la mutuelle de santé sans période d'attente, et de rembourser le crédit de la banque sur la base de tranches mensuelles dans des termes relativement doux.

Depuis la mise en place de cette initiative dans le District de Bungwe en octobre-novembre 2001, l'adhésion dans la mutuelle de santé de Bungwe est passée de 7.120 membres en fin septembre 2001, à 11.640 membres en fin décembre 2001, à 16.020 membres en fin décembre 2002 et à 19.722 en fin décembre 2003. Au niveau de la mutuelle de santé de Kivuye, le nombre de membres s'est accru de 940 membres en fin septembre 2001, à 3.390 membres en fin décembre 2001, à 3730 membres en fin décembre 2002, et à 5.046 membres en fin décembre 2003. Enfin, au niveau de la mutuelle de santé de Manyagi, le nombre de membres s'est accru de 1.140 membres en fin septembre 2001, à 4.550 membres en fin décembre 2001, à 2950 membres en fin décembre 2002, et à 6.327 membres en fin décembre 2003.

Le partenariat local de Bungwe se fonde sur les bénéfices mutuels qu'il procure aux parties prenantes. Il facilite l'accès des ménages aux bénéfices de la mutuelle de santé et au crédit de la banque populaire. Il contribue à l'augmentation du pool des membres et de la capacité financière de la mutuelle de santé. Il renforce les capacités d'intermédiation financière de la banque populaire à travers la densification des réseaux d'associations communautaires de base avec lesquelles elle entretient des relations contractuelles continues. Enfin, il bénéficie au District à travers la densification du mouvement associatif local sur la base de valeurs d'entraide mutuelle et de solidarité.

ANNEXE 2 : Rôles des partenaires dans l'appui aux mutuelles de santé

Initiatives de couverture des groupes vulnérables dans les mutuelles de santé

Prise en charge des orphelins Beaucoup d'organisations sont en train d'apporter de l'aide aux orphelins, y compris la prise en charge des soins de santé. Les mécanismes mis en place par les mutuelles permettent à ces organisations de prendre en charge l'adhésion des orphelins et de leur famille adoptive respective pour couvrir les soins de santé. Ainsi, Food for Hungry International (FHI) a pu prendre en charge 400 familles ayant adopté des orphelins dans la mutuelle de Kivumu dans le district sanitaire de Kabgayi. De même, au niveau de la mutuelle de Rilima dans le district sanitaire de Bugesera, World Vision assure la prise en charge de 700 orphelins à travers l'adhésion dans la mutuelle de santé ; une autre ONG, membre de la Compassion, participe aussi dans la prise en charge de la couverture des orphelins à travers la même mutuelle.

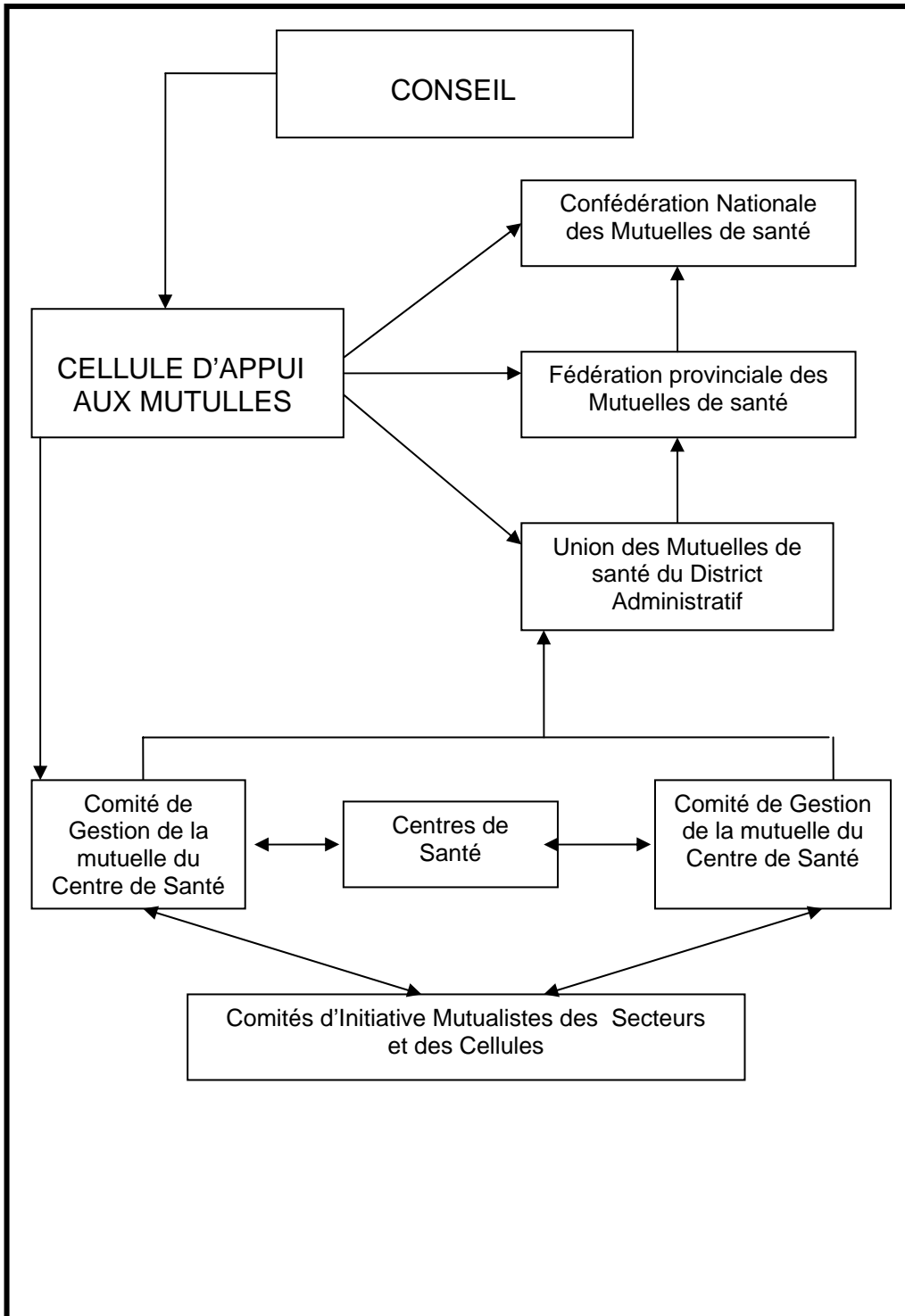
Prise en charge des indigents L'ONG Caritas s'est illustrée très tôt dans la prise en charge des indigents à travers l'adhésion dans les mutuelles de santé. Dans la mutuelle de santé de Save, dans le district de santé de Kabutare, Caritas prend en charge les indigents depuis 2001. Elle prend aussi en charge les pauvres des paroisses dans la mutuelle de Kivumu dans le district sanitaire de Kabgayi. Au niveau de la mutuelle de Rilima dans le district sanitaire de Bugesera, la Caritas prend en charge 613 indigents dont 363 indigents pour lesquels Caritas a couvert l'intégralité de la contribution ; pour les autres 250 indigents, l'ONG assure la prise en charge partielle sur la base d'un taux de matching de 50%-50% où le bénéficiaire contribue la moitié de la prime annuelle et l'ONG l'autre moitié. Enfin, dans la mutuelle de Nyamata, dans le district sanitaire de Bugesera, Nyamata Solidarii, une organisation caritative italienne prend en charge les cotisations des indigents au niveau des centres de santé de Gakurazo, Nyamata, Mayange et Mwogo .

Personnes vivant avec le VIH Les mutuelles de santé de Save et de Matyazo offrent des exemples où l'adhésion d'associations de PVVIH a été facilitée par la prise en charge des cotisations depuis deux ans par les congrégations de religieuses qui les appuient. Au niveau de la mutuelle de Matyazo, deux associations comptant 282 membres sont couvertes par la mutuelle.

Les titulaires des centres rapportent que les PVVIH ont un niveau très élevé de consommation des soins et déclarent leur statut au titulaire pour s'assurer une prise en charge adéquate. Les craintes de stigmatisation des PVVIH dans ces deux mutuelles sont levées par le fait que seul le personnel soignant connaît leur statut qu'il garde dans le cadre de la confidentialité de la relation patient-personnel soignant.

Les bureaux de ces deux mutuelles sont bien conscients de l'adhésion des PVVIH, mais les ont bien acceptés. En réalité, en conséquence du remboursement des soins des centres de santé par capitation, la surconsommation des soins par les PVVIH est absorbée par le centre de santé, de telle sorte qu'à moyen terme l'adhésion des PVVIH n'a pas de conséquences financières sur les mutualistes. A long terme, cependant, une tension pourrait naître de l'adhésion des PVVIH dans les mutuelles si les centres de santé ne recevaient pas de subventions pour absorber les soins des PVVIH et tendaient à transmettre le surcoût de la prise en charge des PVVIH à l'ensemble des mutualistes à travers des réaménagements des niveaux des primes ou des co-paiements.

ANNEXE 3 : STRUCTURE ORGANISATIONNELLE DES MUTUELLES DE SANTE



ANNEXE 4 : DETAILS DU BUDGET TRIENNAL (2005-2007)

Année	2005	2006	2007	Total
A. APPUI A LA CELLULE TECHNIQUE D'APPUI AUX MUTUELLES DE SANTE				
I. Investissement				
Matériel roulant	30,000,000			
Mobilier de Bureau	12,600,000			
Equipement informatique	7,500,000			
Matériel de reprographie	5,600,000			
Matériel de projection	2,000,000			
Sous-total Investissement	57,700,000			57,700,000
II. Personnel				
Un expert en santé publique	4.800.000	4.944.000	5.092.320	
Un économiste de la santé	4.800.000	4.944.000	5.092.320	
Un expert en suivi et évaluation	4.800.000	4.944.000	5.092.320	
Un juriste	4.800.000	4.944.000	5.092.320	
Un Secrétaire - Comptable	3.000.000	3.090.000	3.182.700	
2 Chauffeurs	2.880.000	3.009.600	3.143.088	
Sous-total Personnel	25.080.000	25.875.600	26.695.068	77,650,668
III. Biens et services				
Electricité	3.600.000	3,708,000	3,819,240	
Maintenance véhicules et assurances	12,000,000	12,360,000	12,730,800	
Maintenance équipement informatique	800,000	824,000	848,720	
Maintenance matériel de reprographie	200,000	206,000	212,180	
Communication	840,000	865,200	891,156	
Fournitures	9,000,000	9,270,000	9,548,100	
Carburant	11,880,000	12,236,400	12,603,492	
Sous total Biens et Services	38,320,000	39,469,600	40,653,688	118,443,288
Total A	121,100,000	65,345,200	67,348,756	253,793,956
B. COORDINATION PROVINCIALE				
Année	2005	2006	2007	Total
I. INVESTISSEMENT				
Motos (12)	15,000,000			15,000,000
II. FONCTIONNEMENT				
Maintenance Moto	2,400,000	3,000,000	3,600,000	
Carburants	9,720,000	9,720,000	9,720,000	
Total Coordination Provinciale B	12,120,000	12,720,000	13,320,000	38,160,000
Total A+B	133,220,000	78,065,200	80,668,756	291,953,956

C. Renforcement des capacités de fonctionnement des mutuelles de santé.

Outils de gestion des mutuelles de santé	164, 318,000	123, 238,500	82, 159,000	369, 715,500
Formation sur la gestion et le suivi des mutuelles de santé	32, 000,000	24, 000,000	24, 000,000	80, 000,000
Sensibilisation sur les mutuelles de santé	75, 000,000	75, 000,000	75, 000,000	150, 000,000
Documentation et dissémination des meilleures pratiques	10, 000,000	10, 000,000	10, 000,000	30, 000,000
Voyages d'études inter et intraprovinciaux	13, 572,000	13, 572,000	13, 572,000	40, 716,000
Appui conseil aux mutuelles de santé	28, 860,000	29, 725,800	30, 617,574	89, 203,374
S/Total C	323, 750,000	275, 536,300	160, 348,574	759, 634,874
Appui à l'accès aux soins des hôpitaux : subventions des mutuelles de santé	694, 989,000	694, 989,000	694, 989,000	2,084, 967,000
Total A+B+C+subvention	1, 018, 739,000	970, 525,300	855, 337,574	2, 844, 601,874